

检大量脓细胞,培养有葡萄球菌

9.假膜性小肠结肠炎:大便黄或黄绿稀水便,有假膜排出

10.真菌性肠炎:鹅口疮+大便色黄,含泡沫多,有时呈豆腐渣样,常有黏液+可见真菌孢子

### 【腹泻检查项目】

- 1.血常规检查
- 2.大便镜检(可确诊)
- 3.大便培养
- 4.水电解质检查
- 5.必要时行腹部 X 线检查

### 【鉴别诊断】

- 1.细菌性腹泻
- 2.生理性腹泻
- 3.肠吸收功能障碍
- 4.坏死性肠炎
- 5.迁延性和慢性腹泻

### 【腹泻治疗原则】

- 1.饮食疗法。
- 2.纠正脱水酸中毒及电解质紊乱。
- 3.控制感染。
- 4.肠道微生态疗法。
- 5.胃肠黏膜保护剂。
- 6.避免使用止泻剂。
- 7.补锌治疗。
- 8.对症处理。

## 三、营养性维生素 D 缺乏性佝偻病(助理不考)

### 【诊断公式】

营养性维生素 D 缺乏性佝偻病=小婴儿+喂养不当+性情烦躁+骨骼改变+血钙↓+血磷↓

### 【检查项目】

- 1.血生化
- 2.血钙、磷检查
- 3.骨骼 X 线检查
- 4.血甲状旁腺激素(PTH)、血气分析

### 【鉴别诊断】

- 1.先天性甲状腺功能低下
- 2.软骨营养不良
- 3.肾性佝偻病
- 4.与非佝偻病性疾病鉴
- 5.低血磷性抗维生素 D 佝偻病(家族性低磷血症)

### 【治疗原则】

- 1.多晒太阳+维生素 D 治疗。
- 2.补充钙剂。
- 3.其他辅助治疗

应注意加强营养,保证足够奶量,及时添加转乳期食品,坚持每天户外活动。

## 四、小儿常见发疹性疾病

### 【诊断公式】

1.麻疹 = 发热 + 上呼吸道感染 + 全身丘疹 + 口腔麻疹黏膜斑 (Koplik 斑)

2.风疹(助理不考) = 低热 + 上呼吸道感染 + 红色丘疹 + 耳后淋巴结肿大、触痛

3.幼儿急疹 = 突发高热 + 热退疹出

4.水痘 = 接触史 + 低热 + 瘙痒性水疱疹 + “四世同堂”(斑疹、丘疹、水痘、结痂)

5.手足口病(助理不考) = 学龄前儿童 + 发热 + 手、足、口、臀出现斑丘疹及疱疹

6.猩红热(助理不考) = 发热 + 咽痛 + 杨梅舌 + “帕氏线”

### 【检查项目】

1. 病毒抗原检查
2. 血清学检查(病毒抗体检测)
3. 血常规检查
4. 胸部 X 线检查
5. 其他:如血气分析、生化检查

### 【鉴别诊断】

#### 1. 风疹

2. 猩红热
3. 幼儿急疹
4. 水痘
5. 药物疹

### 【治疗原则】

1. 休息,多喝水,易消化饮食。
2. 抗病毒治疗。
3. 退热对症治疗。

#### 4. 隔离。

5. 加强皮肤护理。

## 五、小儿惊厥(助理不考)

### 【诊断公式】

小儿惊厥=发热+惊厥(双眼球凝视、斜视、发直或上翻,伴意识丧失)

### 【检查项目】

1. 血常规、便常规、尿常规检查等
2. 体温测定
3. 神经系统检查等

### 【鉴别诊断】

1. 化脓性脑膜炎
2. 中毒性脑病

3. 癫痫
4. 结核性脑膜炎

#### 【治疗原则】

1. 一般治疗:保持呼吸道通畅、吸氧、监护生命体征,建立静脉输液通道。
2. 对症治疗:退热药退热,物理降温,维持水、电解质、酸碱平衡。
3. 终止发作:惊厥持续>5分钟进行止惊药物治疗。地西泮 0.3~0.5 mg/kg 缓慢静脉推或 10%水合氯醛 0.5 mL/kg 保留灌肠。

### 六、新生儿黄疸(助理不考)

#### 【诊断公式】

新生儿黄疸=出生后皮肤黏膜黄染+严重者核黄疸(神经系统症状+大便白)

#### 【检查项目】

1. 血常规检查(白细胞、红细胞及血红蛋白)
2. 血生化检测(总胆红素和结合胆红素、转氨酶、碱性磷酸酶、血浆蛋白和凝血酶原)
3. 血型(ABO 和 Rh 系统)
4. 改良 Coombs 试验及抗体释放试验(检验溶血)
5. 相应的影像学检查

#### 【鉴别诊断】

1. 新生儿溶血
2. 新生儿呼吸道感染
3. 新生儿胆道闭锁
4. 生理性黄疸

#### 【治疗原则】

1. 光照疗法。
2. 药物治疗:供给白蛋白纠正代谢性酸中毒。
3. 必要时换血治疗。
4. 其他治疗:防止低血糖、低血钙纠正缺氧、贫血、电解质紊乱等。



## 其他疾病的重点总结



其他

### 【诊断公式】

1. 软组织急性化脓性感染

(1) **痈** = 中老年(糖尿病史多) + 发热 + 蜂窝状疮口 + 颈背部红肿热痛

(2) **急性蜂窝织炎** = 发热 + 局部红肿热痛 + 波动感(水疱溃破)

(3) **丹毒** = 发热 + 片状红疹 + 很少化脓

2. **急性乳腺炎** = 哺乳期妇女(初产妇) + 乳房红肿热痛 + 淋巴结肿大压痛

3. **乳腺癌** = 中老年妇女 + 无痛性乳房肿块 + 腋窝淋巴结肿大

(1) **炎性乳癌** = 乳房红肿热痛 + 抗生素治疗无效

(2) **湿疹样乳癌** = 乳房湿疹 + 治疗无效 + 活检

4. **一氧化碳中毒** = 火炉 + 口唇樱桃红 + 中枢神经系统(CNS)受损表现 + 血液碳氧血红蛋白升高

5. **有机磷杀虫药中毒** = 有机磷杀虫药接触史 + **大蒜味** + **瞳孔针尖样** + 肌震颤 + 胆碱酯酶活力降低

6. **安眠镇静类药物中毒** = 昏迷 + 呼吸循环衰竭 + 药物接触史或抑郁等精神疾病病史

### 【鉴别诊断】

痈

急性蜂窝织炎 } 疖、皮脂腺囊肿、气性坏疽、急性静脉炎等

丹毒

急性乳腺炎: 乳房内积乳囊肿、乳房皮肤丹毒

乳腺癌: 纤维腺瘤、炎性乳癌、乳房结核湿疹样乳癌、乳房囊性增生病

一氧化碳中毒: 急性脑卒中、脑炎、脑膜炎、糖尿病酮症酸中毒、高渗性糖尿病昏迷

有机磷杀虫药中毒: 其他药物中毒——阿片、安眠药等

### 【进一步检查】

1. 软组织急性化脓性感染:①血尿常规检查;②血生化、肝肾功能、血糖测定;③伤口分泌物或脓液细菌培养、药敏实验。

2. 急性乳腺炎:①血常规检查;②乳汁细菌培养+药敏;③超声检查。

3. 乳腺癌:①超声检查;②钼靶 X 线检查;③针吸细胞学检查;④穿刺活检;⑤切除活检。

4. 一氧化碳中毒:①血液含氧血红蛋白测定;②动脉血气分析;③脑电图和头 CT 检查;④肝肾功能、血糖、血电解质检查。

5. 有机磷杀虫药中毒:①全血胆碱酯酶活力测定;②血气分析;③肝肾功能、血糖检查;④头颅 CT、心电图检查。

### 【治疗原则】

1. 软组织急性化脓性感染

(1) 局部一般治疗:①制动及抬高患肢;②局部热敷或紫外线照射治疗;③中药外敷;④封闭疗法;⑤放射治疗;⑥局部化脓腐烂适当换药。

(2) 抗生素治疗。

(3) 切开引流。

(4) 彻底清创、去除坏死组织。

(5) 给予营养和易消化食物维持水、电解质平衡。

2. 急性乳腺炎

(1) 停止哺乳。

(2) 局部湿热敷。

(3) 抗生素治疗。

(4) 脓肿形成及时切开引流。

3. 乳腺癌

(1) 手术治疗。

(2) 化学药物治疗:CAF(环磷酰胺+阿霉素+氟尿嘧啶)。

(3) 内分泌治疗,首选:他莫昔芬片。

(4) 放射治疗。

(5) 生物治疗。

#### 4. 一氧化碳中毒

- (1) 脱离接触。
- (2) 吸氧或高压氧治疗。
- (3) 防治脑水肿。
- (4) 促进脑细胞代谢。
- (5) 防治并发症和后遗症。

#### 5. 有机磷杀虫药中毒

- (1) 清除毒物, 洗胃、导泄。
- (2) 特效解毒药。
- (3) 防治并发症。
- (4) 对症支持治疗。

## 传染性疾病系统总结



传染性疾病

### 一、病毒性肝炎

#### 【诊断公式】

肝炎 = 发热 + 黄疸 + 肝大 + 肝区有压痛和叩击痛 + 尿胆红素 (+) + AST 升高

- (1) 甲肝 = 抗 HAV IgM (+)
- (2) 乙肝 = 抗 HBc IgM (+)
- (3) 丙肝 = 抗 HCV IgM (+)

#### 【鉴别诊断】

梗阻溶血性黄疸, 酒精肝病药损肝。

#### 【进一步检查】

超声、CT、肝功能检查, 免疫活检 + 凝血。

#### 【治疗原则】

1. 急性: 一般治疗 + 对症治疗。
2. 慢性: 一般治疗 + 药物治疗。
3. 重型: 一般治疗 + 肝移植。

## 二、细菌性痢疾

### 【诊断公式】

细菌性痢疾=夏天+不洁饮食+脓血便+里急后重+腹痛腹泻

### 【鉴别诊断】

感染、中毒、阿米巴

### 【进一步检查】

粪血常规检查、粪培养,活检、镜检、钡灌肠。

### 【治疗原则】

- 1.急性:一般对症加抗菌生素。
- 2.慢性:一般病原菌菌群。
- 3.中毒性:防脑、抗菌、抗休克。

## 三、流行性脑脊髓膜炎(助理不考)

### 【诊断公式】

流行性脑脊髓膜炎=儿童+突发高热+剧烈头痛、频繁呕吐+皮肤瘀斑+脑膜刺激征

### 【鉴别诊断】

病毒结核隐球菌。

### 【进一步检查】

肝肾功能+生化,CT、核磁、菌培养,穿刺、涂片、血常规。

### 【治疗原则】

一般对症,抗感染、降颅压。

## 四、艾滋病(助理不考)

### 【诊断公式】

艾滋病=发热、乏力、消瘦+输血史、冶游史+抗 HIV(+)

### 【鉴别诊断】

上呼吸道感染、血液、淋巴瘤,还有其他传染病。

### 【进一步检查】

肝、肾功能、X线、T淋巴细胞和HIV检测。

### 【治疗原则】

一般对症、抗病毒、免疫、心理、防并发症。

## 五、肾出血热综合征(助理不考)

### 【诊断公式】

肾出血热综合征=疫区及动物接触史+发热+出血+肾功能损害+三红三痛

### 【鉴别诊断】

猩红热等其余发热性传染病,急进性肾小球肾炎等急性肾功能不全疾病,特发性血小板减少性紫癜等出血性疾病。

### 【进一步检查】

特异性血清抗体检测,血常规、尿常规、肾功能检查等。

### 【治疗原则】

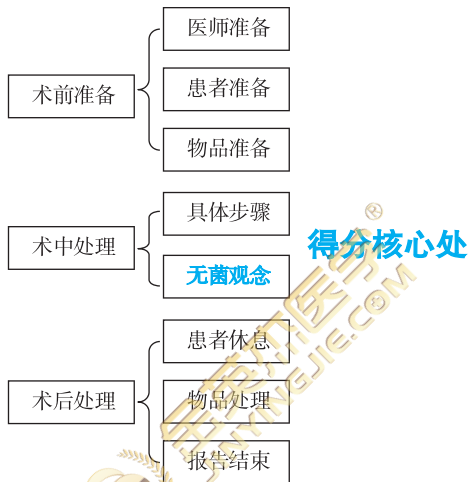
退热、补液等对症治疗,止血相关治疗,肾功能不全相关治疗,抗病毒治疗。



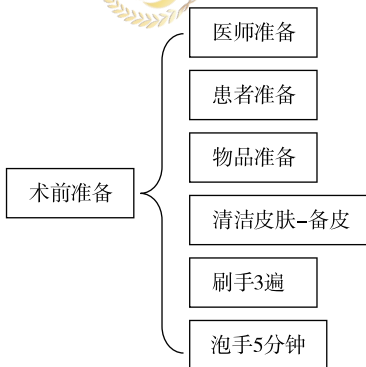
## 第二考站 基本技能与体格检查

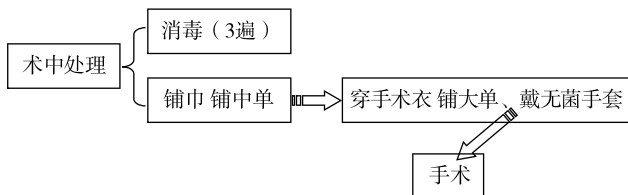
### 一、基本技能操作必考点总结

操作通用公式

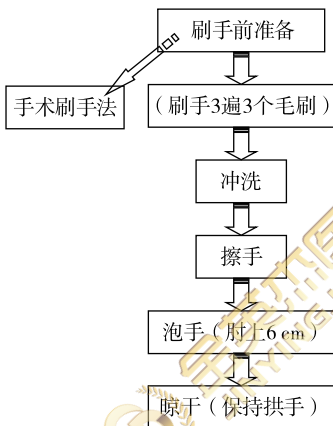


#### (一) 手术区消毒、铺巾





## (二) 手术刷手法



### 【常见手术消毒范围】

(1) 颈部:上至下唇,下至乳头,两侧至斜方肌前缘(甲状腺手术)。

(2) 上腹部:上至乳头、下至耻骨联合,两侧至腋中线(胃大切手术)。

(3) 下腹部:上至剑突、下至大腿上 1/3,两侧至腋中线(阑尾炎手术)。

(4) 会阴部:耻骨联合、肛门周围及臀,大腿上 1/3 内侧(肛门手术)。

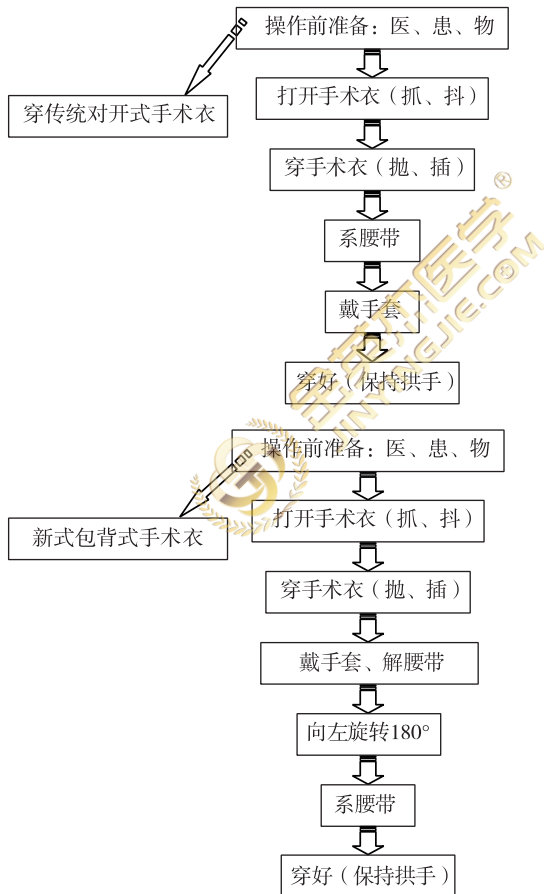
### 【铺巾原则】

如果铺巾时穿的是洗手衣顺序就是:下侧(最污染)-对侧-上侧-自侧(我)

如果铺巾时穿的是**手术衣**顺序就是：**下侧(最污染)-自侧(我)-上侧-对侧**

注意：铺大单前，一定要穿手术衣和戴手套！

### (三) 穿手术衣



穿传统对开式手术衣



新式包背式手术衣



#### (四) 戴无菌手套



戴无菌手套

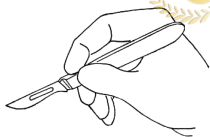
#### 【注意事项】

1. 未戴手套的手不可触及手套的外面,戴手套的手不可触及未戴手套的手或者另一手套的内面。
2. 在手术开始前,双手应放于胸前。不能接触胸腹部,防止污染。
3. 戴手套时应先穿衣后戴手套,戴湿手套时应先戴手套后穿衣,以防止将手术衣弄湿。
4. 戴手套后如发现有破洞,应当立即更换。

必考点提示:穿包背式手术衣应先戴手套,后解腰带!

#### (五) 手术基本操作:切开、缝合、结扎、止血

##### 1. 切开



执笔式



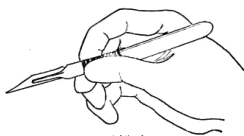
执弓式



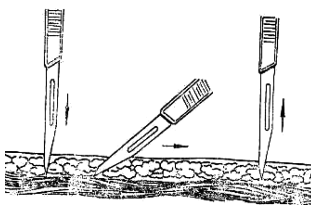
切开



抓持式

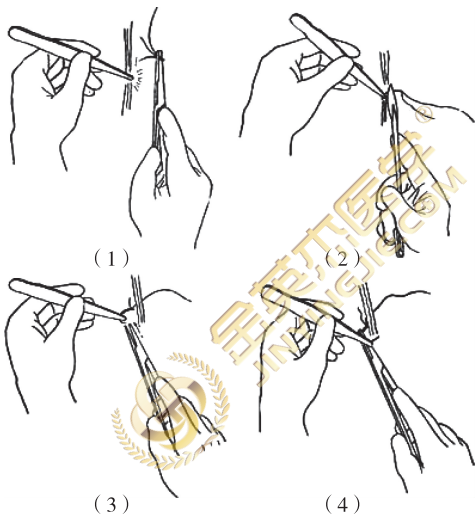


反挑式



正确的切皮方法

## 2.缝合

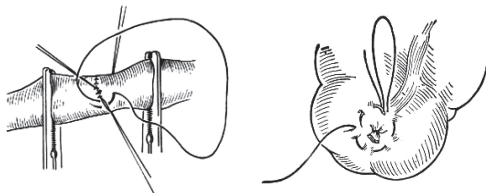


缝合

(1) 进针；(2) 拔针；(3) 出针；(4) 夹针

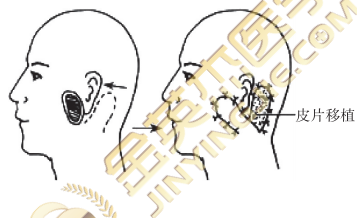
缝合步骤



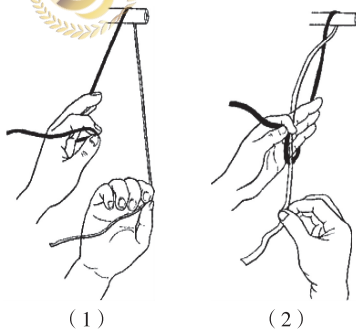


间断水平褥式外翻缝合法

间断垂直褥式外翻缝合法



### 3. 结扎



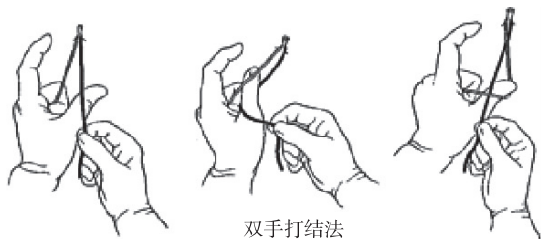
(1)

(2)

右手打结法



结扎

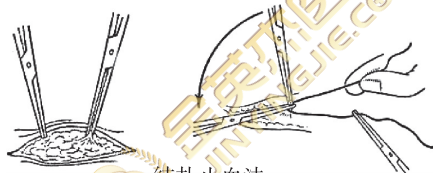


双手打结法



器械打结法

#### 4. 止血



结扎止血法



止血



以止血点为中心用弯针将缝线从被结扎的中间穿过



绕过一周再将缝针再穿过被结扎组织一次



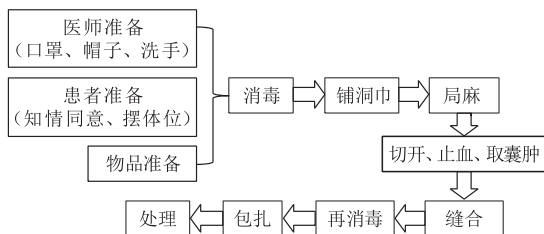
绕过另一侧



结扎

缝扎止血法

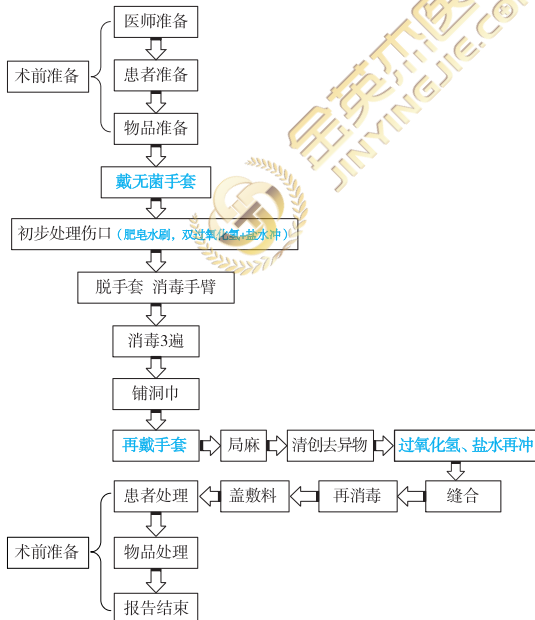
## 囊肿切开术



囊肿切开

囊肿切开缝合流程: 医师准备(口罩、帽子、洗手)→患者准备(知情同意、摆体位)→物品准备→消毒(0.5%聚维酮碘,由内向外3遍)→铺洞巾→局麻(2%利多卡因局部浸润麻醉)切开止血取囊肿→缝合→再消毒一次(70%酒精)→包扎→物品处理→患者休息。

## (六)清创术



清创术

### 【注意事项】

1.清创术前需综合评估病情,如有颅脑伤或胸、腹严重损伤,或已有轻微休克迹象者,需及时采取综合治疗措施。

2.切除污染创面时,应由外向内、由浅入深,并防止切除后的创面再污染。

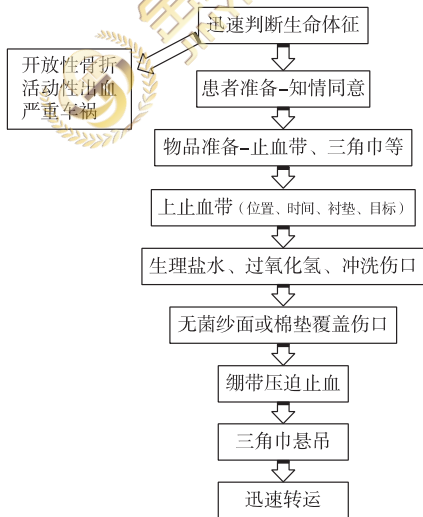
3.清创需彻底,异物需彻底清除,深筋膜需充分切开,有效解除深层组织张力。

4.术后给予破伤风抗毒素或破伤风免疫球蛋白,并根据伤情给予合适的抗生素预防感染。

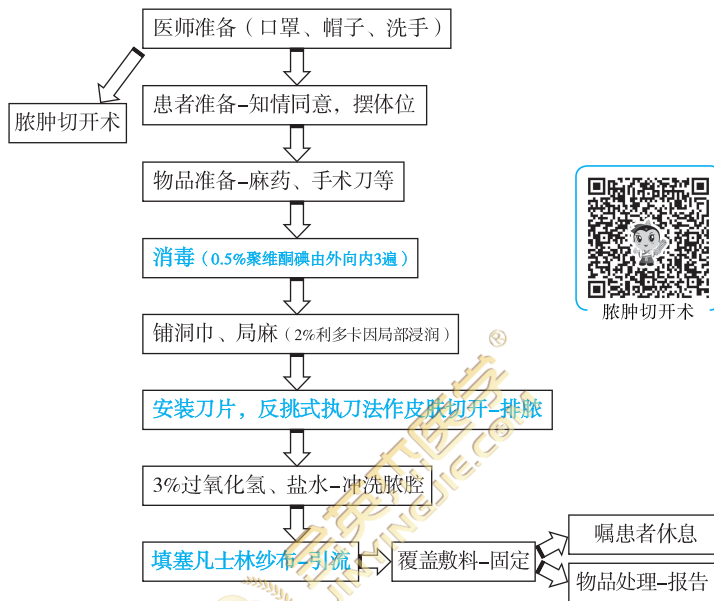
5.引流物在 24~48 小时后,按分泌物的质与量决定是否取出、更换敷料。

6.伤口表浅,止血良好,缝合后没有无效腔时,一般不必放置引流物。伤口深,损伤范围大且重。污染重的伤口和无效腔可能存在有血肿形成时,应放置引流物。

### (七)开放性伤口止血包扎



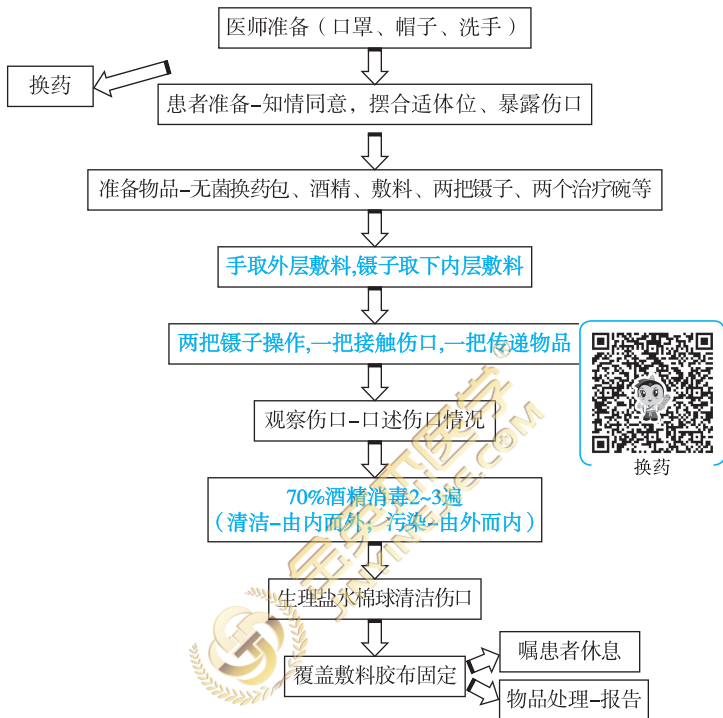
## (八) 脓肿切开术



### 【注意事项】

1. 浅表脓肿切口应在波动最明显处；深部脓肿切开引流前应先穿刺抽脓，并应以穿刺抽出脓液的针为引导切开脓肿。
2. 切开的切口要足够大，要考虑患者站立及平卧的姿势，尽量取最低部位便于引流。不作经关节区的纵行切口，以免瘢痕挛缩，影响关节运动功能。
3. 脓肿切开引流应遵循无菌操作原则，防止混合感染。
4. 穿刺或切开引流，均应取部分脓液作细菌培养和药敏试验。
5. 填入脓腔的凡士林纱布的块数要准确记录在手术记录中，术后换药时需要全部取出。如脓腔较大，可以将凡士林纱布连接在一起，以防有个别凡士林纱布遗漏在脓腔内。
6. 填入的凡士林纱布应在 24~48 小时后取出，换置纱布或纱条引流。

### (九) 换药与拆线



#### 【注意事项】

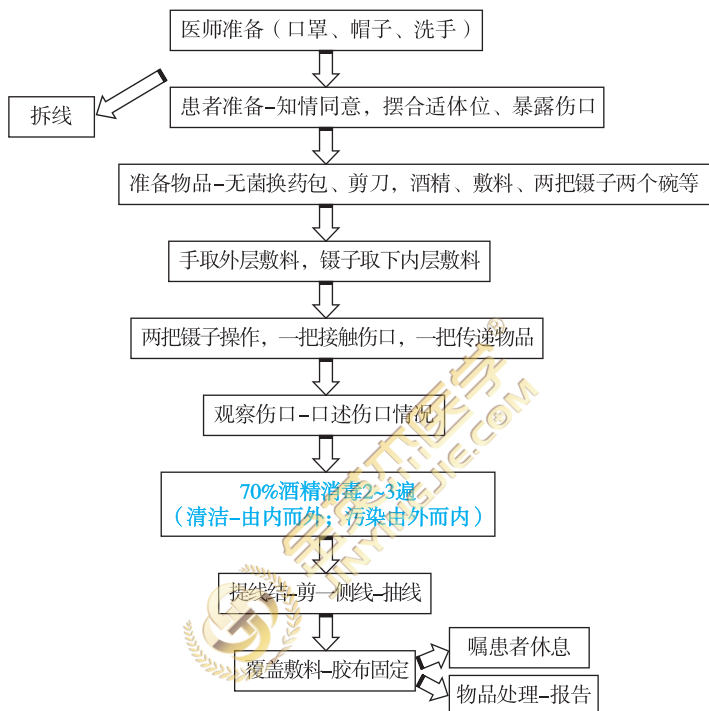
1. 严格执行无菌操作技术。凡接触伤口的物品, 均须无菌。防止污染及交叉感染, 各种无菌敷料从容器内取出后, 不得放回, 污染的敷料须放入弯盘或污物桶内, 不得随便乱丢。

2. 换药次序。先无菌伤口, 后感染伤口, 对特异性感染伤口, 如气性坏疽、破伤风等, 应在最后换药或指定专人负责。

3. 特殊感染伤口的换药。如气性坏疽、破伤风、铜绿假单胞菌(绿脓杆菌)等感染伤口, 换药时必须严格执行隔离技术, 除必要物品外, 不带其他物品, 用过的器械要专门处理, 敷料要焚毁或深埋。



4. 无菌切口。3~5 天第一次换药, 新鲜肉芽创面, 隔 1~2 天换药一次。感染伤口每天换药。



### 【注意事项】

1. 剪线时的部位不应在缝合线的中间或线结的对侧, 否则拉出线头时势必将暴露在皮肤外面的、已被细菌污染的部分缝合线拉过皮下, 增加感染机会。

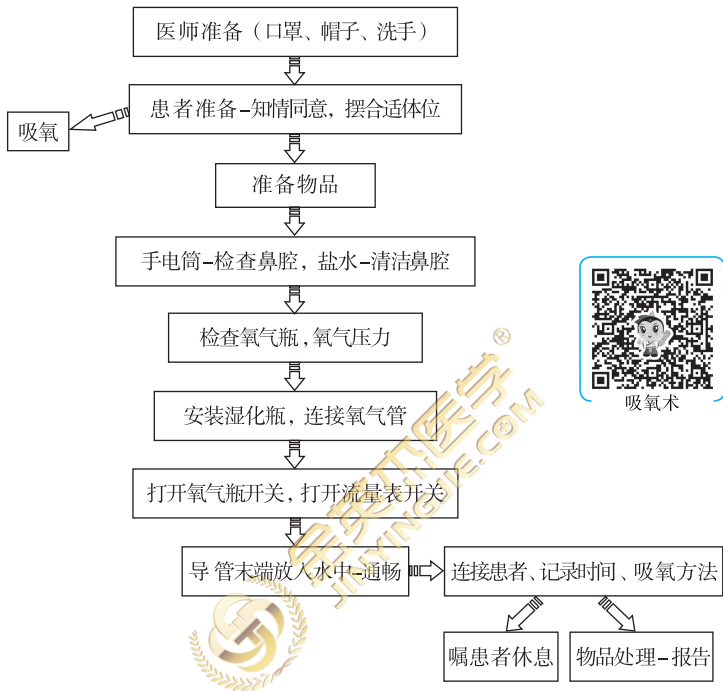
2. 拆线时最好用剪尖去剪断缝合线, 可避免因过分牵引缝合线而导致疼痛和移动缝线致局部感染。

3. 拆线后 1~2 天应观察伤口情况, 是否有伤口裂开, 如伤口愈合不良或裂开时, 可用蝶形胶布牵拉和保护伤口至伤口愈合。



拆线

### (十) 吸氧术



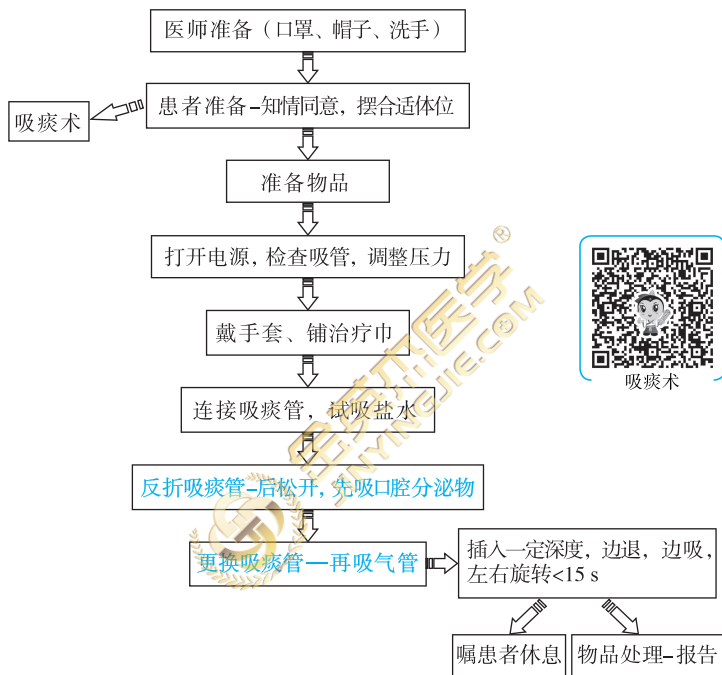
#### 【注意事项】

1. 严格遵守操作规程, 注意用氧安全, 切实做好“四防”, 即防火、防震, 防油和防热。
2. 患者吸氧过程中, 需要调节氧流量时, 应当先将患者鼻导管取下, 调节好氧流量后, 再与患者连接。停止吸氧时, 先取下鼻导管, 再关流量表。
3. 吸氧时, 注意观察患者脉搏、血压、精神状态等情况有无改善, 及时调整用氧浓度。
4. 湿化瓶每次用后均须清洗、消毒。
5. 氧气筒内氧气不可用尽, 压力表上指针降至 0.5 MPa (5 kg/

cm<sup>2</sup>)时,即不可再用。

6.对未用或已用空的氧气筒应分别放置并挂“满”或“空”的标记,以免急用时搬错而影响抢救工作。

### (十一)吸痰术



#### 【注意事项】

1.昏迷者可用压舌板或开口器启开;如口腔吸痰有困难,可从鼻腔插入,有气管切开或气管插管者,可直接插入。

2.严格执行无菌操作,治疗盘内用物,每天更换1~2次,吸痰管每次更换,勤做口腔护理。

3.每次插入吸痰时间不超过15秒,以免缺氧,导管退出后,应用生理盐水抽吸冲洗,防导管被痰液阻塞。

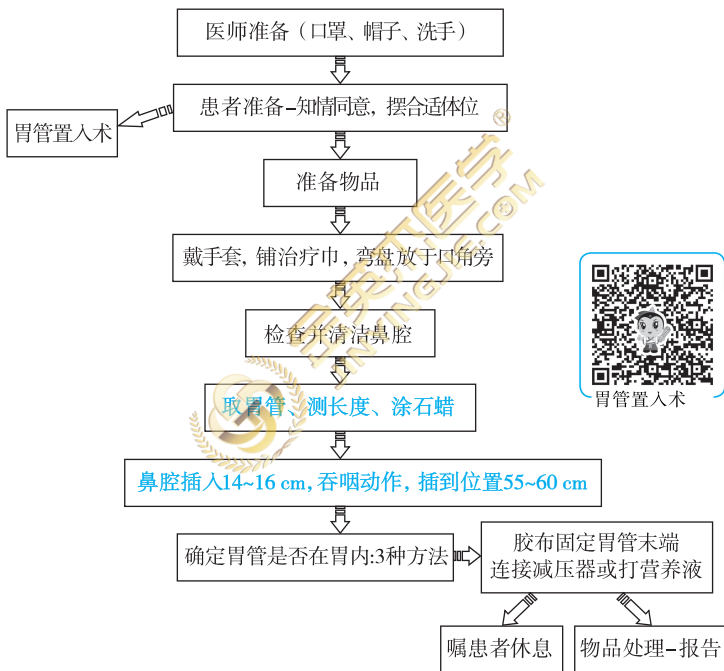
4.如痰液黏稠,可叩拍胸背以振动痰液,或交替使用雾化吸入使痰液稀释,便于吸出。

5.患儿吸痰时,吸痰管宜细,吸力要小。

6.吸痰过程中,及时观察呼吸频率的改变,吸出物的性状、量及颜色等。

7.定时吸痰,如发现喉头有痰鸣音或排痰不畅,应及时抽吸。

## (十二)胃管置入术



### 【注意事项】

通常有3种方法确定胃管位置

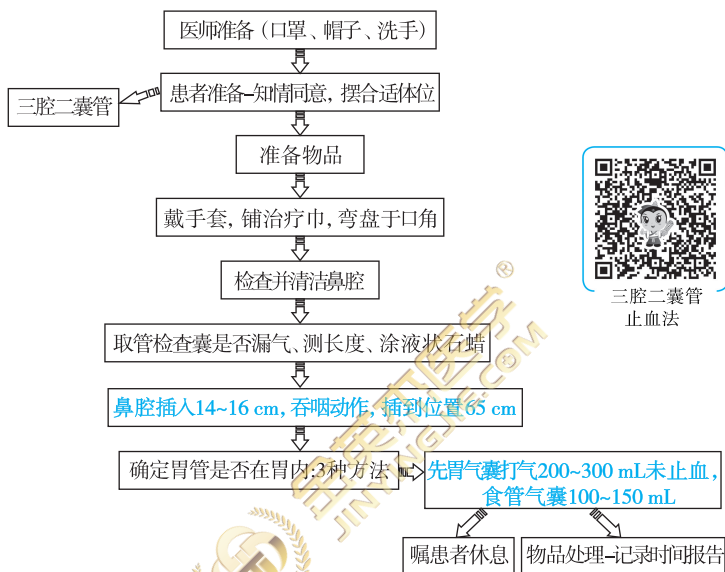
(1)抽取胃液法:这是确定胃管是否在胃内最可靠的方法。

(2)听气过水声法:即将听诊器置患者胃区,快速经胃管向胃

内注入 10 mL 的空气,听到气过水声。

(3) 将胃管末端置于盛水的治疗碗内,无气泡逸出。

### (十三) 三腔二囊管止血法



三腔二囊管止血法

即用止血钳将此管腔钳住。然后将三腔管向外牵引, 感觉有中等弹性阻力时, 表示胃气囊已压于胃底部。

